

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1937

THÈSE

N°

527

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'État)

PAR

CARUANA Marcel-Georges-Eugène

né le 30 décembre 1911 - Sousse (Tunisie)

RAPPORTS DE LA SYPHILIS ET DE LA TUBERCULOSE PULMONAIRE

Étude clinique et anatomo-pathologique
faite sur l'indigène musulman tunisien

Travail de l'Hôpital Ernest Conseil de Tunis — Service du Dr Broc

Président : M. BEZANÇON, Professeur

TUNIS

IMPRIMERIE J. ALOCCIO, 6, RUE D'ITALIE

1937

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1937

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'État)

PAR

CARUANA Marcel - Georges - Eugène

né le 30 décembre 1911 - Sousse (Tunisie)

**RAPPORTS DE LA SYPHILIS
ET DE LA TUBERCULOSE PULMONAIRE**

Étude clinique et anatomo-pathologique
faite sur l'indigène musulman tunisien

Travail de l'Hôpital Ernest Conseil de Tunis — Service du Dr Broc

Président : M. BEZANÇON, Professeur

TUNIS

IMPRIMERIE J. ALOCCIO, 6, RUE D'ITALIE

1937



FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Le Doyen..... ROUSSY

I. — Professeurs

MM. ROUVIÈRE.....	<i>Anatomie.</i>
LÉON BINET.....	<i>Physiologie.</i>
STROHL.....	<i>Physique médicale</i>
POLONOVSKI.....	<i>Chimie médicale.</i>
Robert DEBRÉ.....	<i>Bactériologie.</i>
BRUMPT.....	<i>Parasitologie et histoire naturelle médicale.</i>
BAUDOUIN.....	<i>Pathologie et thérapeutique générale.</i>
ABRAMI.....	<i>Pathologie médicale.</i>
CHEVASSU.....	<i>Pathologie chirurgicale.</i>
ROUSSY.....	<i>Anatomie pathologique.</i>
CHAMPY.....	<i>Histologie</i>
TIFFENEAU.....	<i>Pharmacologie et matière médicale.</i>
HARVIER.....	<i>Thérapeutique.</i>
TANON.....	<i>Hygiène et médecine préventive.</i>
BALTHAZARD.....	<i>Médecine légale.</i>
LAIGNEL-LAVASTINE.....	<i>Histoire de la médecine et de la chirurgie.</i>
FIESSINGER.....	<i>Pathologie expérimentale et comparée.</i>
Maurice VILLARET.....	<i>Hydrologie thérapeutique et climatologie.</i>
LOEPER.....	} <i>Clinique médicale.</i>
CARNOT.....	
CLERC.....	
Marcel LABBÉ.....	
LEREBoullet.....	<i>Hygiène et clinique de la première enfance.</i>
NOBÉCOURT.....	<i>Clinique des maladies des enfants.</i>
H. CLAUDE.....	<i>Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale.</i>
GOUGEROT.....	<i>Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.</i>
GUILLAIN.....	<i>Clinique des maladies du système nerveux.</i>
LEMIERRE.....	<i>Clinique des maladies infectieuses.</i>
CUNÉO.....	} <i>Clinique chirurgicale.</i>
GOSSET.....	
GRÉGOIRE.....	
LENORMANT.....	

TERRIEN.....	<i>Clinique ophtalmologique.</i>
MARION.....	<i>Clinique urologique.</i>
BRINDEAU.....	} <i>Clinique d'accouchements.</i>
COUVELAIRE.....	
JEANNIN.....	
MOCQUOT.....	<i>Clinique gynécologique.</i>
OMBRÉDANNE.....	<i>Clinique chirurgicale infantile et orthopédie.</i>
RATHERY.....	<i>Clinique thérapeutique médicale.</i>
LEMAITRE.....	<i>Clinique oto-rhino-laryngologique.</i>
Pierre DUVAL.....	<i>Clinique thérapeutique chirurgicale.</i>
SERGENT.....	<i>Clinique propédeutique.</i>
BEZANÇON.....	<i>Clinique de la Tuberculose.</i>
MATHIEU.....	<i>Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte.</i>
LAUBRY.....	<i>Clinique cardiologie.</i>
HOVELACQUE.....	} <i>Professeurs sans chaire.</i>
MULON.....	
OLIVIER.....	
VERNE.....	

II. — Agrégés en exercice

MM. AMELINE.....	<i>Pathologie chirurgicale.</i>
BARIÉTY.....	<i>Pathologie médicale.</i>
BÉNARD (Henri).....	<i>Pathologie médicale.</i>
BERNARD (Etienne).....	<i>Pathologie médicale.</i>
BESANÇON (Justin).....	<i>Hydrologie.</i>
BOULIN.....	<i>Pathologie médicale.</i>
BULLIARD.....	<i>Histologie.</i>
CATHALA.....	<i>Pathologie médicale.</i>
CHEVALLIER.....	<i>Pathologie médicale.</i>
COSTE.....	<i>Pathologie médicale.</i>
DOGNON.....	<i>Physique.</i>
FEY.....	<i>Urologie.</i>
FUNCK.....	<i>Pathologie chirurgicale.</i>
GALLIARD.....	<i>Parasitologie.</i>
GASTINEL.....	<i>Bactériologie.</i>
DE GAUDART D'ALLAINES..	<i>Pathologie chirurgicale.</i>
GAYET.....	<i>Physiologie.</i>
DE GENNES.....	<i>Pathologie médicale.</i>
GIROUD.....	<i>Histologie.</i>

	HAGUENAU.....	<i>Pathologie médicale.</i>
	HALPHEN.....	<i>Oto-rhino-laryngologie.</i>
	HAZARD.....	<i>Pharmacologie.</i>
	HUGUENIN.....	<i>Anatomie pathologique.</i>
	JOANNON.....	<i>Hygiène.</i>
	LACOMME.....	<i>Obstétrique.</i>
	LANTUÉJOUL.....	<i>Obstétrique.</i>
	LAROCHE (Guy).....	<i>Pathologie médicale.</i>
	LELONG.....	<i>Pathologie médicale.</i>
	LEMAIRE.....	<i>Pathologie expérimentale.</i>
	LEVEUF.....	<i>Pathologie chirurgicale.</i>
Mlle	J. LÉVY.....	<i>Pharmacologie.</i>
MM.	LÉVY-VALENSI.....	<i>Neurologie et Psychiatrie.</i>
	MÉNÉGAUX.....	<i>Pathologie chirurgicale.</i>
	MOLLARET.....	<i>Pathologie médicale.</i>
	MOREAU.....	<i>Pathologie médicale.</i>
	MOULONGUET.....	<i>Pathologie chirurgicale.</i>
	MOUQUIN.....	<i>Pathologie médicale.</i>
	OBERLING.....	<i>Anatomie pathologique.</i>
	PETIT-DUTAILLIS.....	<i>Pathologie chirurgicale.</i>
	PIÉDELIÈVRE.....	<i>Médecine légale.</i>
	PORTES.....	<i>Obstétrique.</i>
	RENARD.....	<i>Ophtalmologie.</i>
	RICHET.....	<i>Physiologie.</i>
	SANNIÉ.....	<i>Chimie biologique.</i>
	SÉNÈQUE.....	<i>Pathologie chirurgicale.</i>
	TROISIER.....	<i>Pathologie expérimentale.</i>
	TURPIN.....	<i>Pathologie médicale.</i>
	VIGNES.....	<i>Obstétrique.</i>
	WILMOTH.....	<i>Pathologie chirurgicale.</i>

III. — Agrégés rappelés à l'exercice pour le service des examens

MM.	ALGLAVE.....	<i>Pathologie chirurgicale.</i>
	BUSQUET.....	<i>Pharmacologie.</i>
	CHAILLEY-BERT.....	<i>Physiologie.</i>
	GUÉNIOT.....	<i>Obstétrique.</i>
	LARDENNOIS.....	<i>Pathologie chirurgicale.</i>
	LEROUX.....	<i>Anatomie pathologique.</i>
	NEVEU-LEMAIRE.....	<i>Parasitologie.</i>
	PHILIBERT.....	<i>Bactériologie.</i>
	VAUDESCAL.....	<i>Obstétrique.</i>

IV. — Agrégés chargés de cours de clinique annexe à titre permanent

MM. ALAJOUANINE.....	
AUBERTIN.....	
BRULÉ.....	
CHABROL.....	
CHIRAY.....	<i>Clinique médicale.</i>
DONZELOT.....	
DUVOIR.....	
LIAN.....	
PASTEUR-VALLERY-RADOT.	
SÉZARY.....	
BASSET.....	
BROCQ.....	
CADENAT.....	
GATELLIER.....	
HEITZ-BOYER.....	<i>Clinique chirurgicale.</i>
MOURE.....	
QUENU.....	
SCHWARTZ.....	
VELTER.....	
ECALLE.....	
LE LORIER.....	<i>Clinique obstétricale.</i>
LÉVY-SOLAL.....	
METZGER.....	

V. — Chargés de cours

MM. CHAILLEY-BERT, agrégé..	<i>Education physique.</i>
LEDoux-LEBARD.....	<i>Radiologie clinique.</i>
PHILIBERT, agrégé.....	<i>Microbiologie.</i>
RUPPE.....	<i>Stomatologie.</i>
WEIL-HALLÉ.....	<i>Puériculture.</i>

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PÈRE

A MA MÈRE

A MES FRÈRES ET SŒURS



Digitized by the Internet Archive
in 2026

A MONSIEUR LE PROFESSEUR BEZANÇON

MEMBRE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

COMMANDEUR DE LA LÉGION D'HONNEUR

*Qui nous a fait l'honneur d'accepter la
présidence de cette thèse.*

A MONSIEUR LE DOCTEUR BROCC

MÉDECIN CHEF DE L'HOPITAL ERNEST CONSEIL DE TUNIS

*Qui nous a inspiré le sujet de cette thèse.
Qu'il veuille trouver ici l'expression de nos
remerciements et de notre gratitude la plus
vive pour le précieux enseignement dont
nous avons bénéficié dans son service.*

A MONSIEUR LE DOCTEUR ANDERSON

SOUS-DIRECTEUR DE L'INSTITUT PASTEUR DE TUNIS

*Qui a bien voulu nous aider de ses
conseils dans le travail délicat d'une partie
de cette thèse. Nous lui en exprimons nos
plus vifs remerciements.*

A MONSIEUR LE DOCTEUR BRUN

DIRECTEUR DES HOPITAUX SADIKI ET ERNEST CONSEIL

A MESSIEURS LES DOCTEURS :

BEN RAIS, CASSAR, LAIGRET, BONAN, DEMIRLEAU

MÉDECINS ET CHIRURGIEN DE L'HOPITAL ERNEST CONSEIL

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX DE PARIS

STAGE

PREMIÈRE ANNÉE :

PROFESSEUR CUNÉO
PROFESSEUR CARNOT

DEUXIÈME ANNÉE :

PROFESSEUR BAUDOIN
PROFESSEUR PROUST, *in memoriam*

TROISIÈME ANNÉE :

PROFESSEUR LEREBoullet
PROFESSEUR LAUBRY

EXTERNAT

PREMIÈRE ANNÉE :

DOCTEUR KÜSS

DEUXIÈME ANNÉE :

PROFESSEUR AGRÉGÉ P. CHEVALLIER

TROISIÈME ANNÉE :

DOCTEUR LAEDERICH

AU DOCTEUR JEAN COSTÉ

*Auquel nous lie l'amitié la plus chère,
souvenir de nos communes années d'étu-
des.*

A MES COLLÈGUES ET AMIS

INTRODUCTION

Lorsqu'on étudie de près la pathologie nord-africaine, on constate, qu'en-dehors des maladies proprement exotiques et dites coloniales, il existe nombre d'affections qui diffèrent par leur symptomatologie, leur pronostic, leur fréquence... de ce qui est habituellement observé en France; elles présentent de cette sorte un caractère régional.

L'étude de la pathologie musulmane tunisienne, encore à ses débuts, a déjà montré que la scarlatine, la diphtérie étaient rares chez les indigènes musulmans, alors que ces deux maladies se présentent chez les européens habitant la Tunisie avec les mêmes caractères qu'en Europe (France et Italie). Les travaux de Le Mer et Chauzy sur la diphtérie ont précisé la rareté de la maladie chez l'indigène, et sa non réceptivité. Ceci n'a rien qui puisse nous étonner, lorsqu'on considère, en matière de pathologie générale, l'influence de certains facteurs tels que agents physiques, air, lumière, chaleur, altitude, etc. sur les individus et sur les microbes pathogènes.

Pour ne citer que deux exemples, la scarlatine montre, dans les pays anglo-saxons, une virulence particulière, et la tuberculose chez les soudanais, dite tuberculose des noirs, donne des formes aiguës et d'évolution rapide, d'un type anatomique particulier. La race (terme pris dans un sens vulgaire, non scientifique, pour désigner des populations habitant les mêmes contrées, commune de mœurs, de langage et parfois de religion) joue aussi dans la réceptivité des maladies, dans leur plus ou moins grande virulence. L'artérite de Buerger, artérite oblitérante juvénile, présente une prédilection particulière pour la race israélite.

Aussi ces facteurs multiples et qui échappent souvent à l'observation banale, doivent-ils être pris en considération par qui veut étudier de près la pathologie nord-africaine. Il est incontestable que deux

affections comme la syphilis et la tuberculose indigène ont des caractères locaux, bien définis.

Faut-il mettre en cause la race, le climat, l'âge de l'une et l'autre maladie ⁽¹⁾ ? Autant de questions que nous nous sommes posés au seuil de notre étude.

Celle-ci n'aura pour but que de fixer un point de pathologie locale, de montrer comment se comportent les indigènes musulmans tunisiens atteints de syphilis et de tuberculose, et de comparer ce que l'on observe en Tunisie avec ce qui est décrit en France.

(1) Le docteur Funaro, venu en Tunisie avant le traité du Bardo, disait qu'à cette époque il n'observait qu'exceptionnellement des cas de tuberculose. Monsieur Sclerava, vétérinaire, contemporain du docteur Funaro, avait fait la même observation sur le troupeau tunisien.

HISTORIQUE

Les cliniciens se sont intéressés depuis déjà fort longtemps à cette question de la syphilo-tuberculose. Laennec, Graves, Bazin, Ricord en parlent dans leurs traités ou leurs publications. Ils considèrent cette association comme redoutable.

C'est également la conclusion des thèses de Jacquinet et Stieffel.

Après eux les travaux de Fournier, Potain, Landouzy précisent les différentes modalités de cette association. Ainsi Fournier, dans son *Traité de la Syphilis*, distingue le caractère aggravant d'une tuberculose survenue au cours d'une syphilis récente et évolutive de la tuberculose qui frappe un syphilitique vieilli, dépourvu d'accident, qui, elle, est habituellement bien supportée : ces deux affections se toléreraient d'une manière heureuse : « rien n'est plus exact, dit Fournier, que la constatation de la bénignité relative de la tuberculose évoluant chez les vieux syphilitiques; cette bénignité s'accommode souvent d'un excellent état général. On a affaire alors à un véritable tuberculeux floride, malgré quelquefois l'abondance des bacilles et l'étendue des cavernes ».

En 1907, le professeur Sergent publie sa monographie sur « Syphilis et Tuberculose ». Bien que cet ouvrage traite ces deux affections en général, aussi bien au point de vue pulmonaire que dans leurs autres localisations multiples, la place qu'il consacre aux pneumopathies syphilo-tuberculeuses est tellement considérable, qu'on a coutume de rappeler les travaux de cet auteur lorsqu'on aborde cette importante question. Ce dernier chapitre a fait l'objet de nombreuses études ultérieures dont certaines encore récentes.

Le travail de Sergent consacre les idées en cours depuis Fournier. Dans cette vaste question de la syphilis et de la tuberculose pulmonaire, il faut envisager à la fois le mode d'infection de l'une et l'autre affection :

Lorsque la syphilis survient chez un tuberculeux, elle constitue un facteur d'aggravation, aggravation subordonnée cependant à la forme de la tuberculose préexistante, à la virulence de l'infection syphilitique, au traitement employé. Ainsi, et Sergent apporte des réserves à l'opinion classique, si la période syphilitique secondaire est dépassée, la tuberculose peut ensuite évoluer comme la tuberculose contractée par les syphilitiques tertiaires.

Dans une deuxième éventualité la *tuberculose frappe un syphilitique* : Son pronostic est essentiellement facteur de la date de l'infection syphilitique.

Au cours d'une syphilis récente secondaire ou secondotertiaire, les deux affections retentissent fâcheusement l'une sur l'autre, et souvent la tuberculose revêt une forme aiguë ou galopante.

Par contre une tuberculisatïon tardive sur un terrain syphilitique tertiaire peu évolutif, et à plus forte raison, traité, réalise d'une façon quasi-constante des formes torpides, apyrétiques, lentes, à prédominance fibreuse; c'est ainsi que l'on observe chez ces vieux syphilitiques des tuberculoses emphysémateuses, bronchitiques, fibreuses, avec réactions médiastinales, ou avec calcification des foyers caséux.

Il existe ici une hybridité des lésions nettement accessible au traitement spécifique; en améliorant la syphilis on améliore par contre-coup le terrain tuberculeux.

Il en est de même de l'*hérédo-syphilis* dans laquelle l'association tuberculeuse se manifeste par les lésions sclérogènes, lésions pulmonaires souvent associées à la scrofule.

Ainsi il existe plusieurs variétés de cette association multiple, d'autant plus fréquente par ailleurs que la syphilis prédispose à la tuberculose et réveille par la déchéance de l'organisme qu'elle entraîne, l'infection tuberculeuse.

Telles sont les conclusions qui se dégagent des travaux du professeur Sergent. Il faut cependant souligner que ni l'anatomie-pathologique, ni le laboratoire ne peuvent venir à l'appui de sa thèse, il n'a jamais été trouvé, avec le bacille de Koch, des fréponèmes dans les crachats. Les coupes n'ont, en aucun cas, pu mettre en évidence, à côté des lésions proprement bacillaires, des lésions purement sy-

phililiques intriquées, associées, ou tout simplement coexistantes. Sans doute dans certains cas la diffusion de la sclérose peut être mise sur le compte de l'activité de la syphilis, affection sclérogène par excellence; ou en d'autres cas, l'existence de périvascularite, de dilatation des bronches anormalement développées, l'hyperelastigénèse donnent la note syphilitique. Mais la diversité des lésions observées dans la majorité des cas, le manque de « type » anatomique, ne pouvait que laisser le débat ouvert. Et, même sur le terrain clinique, sur lequel le professeur Sergent est pourtant si affirmatif, de nombreuses discussions n'ont pas cessé de naître.

Après la guerre, Léon Bernard estime que la syphilis et la tuberculose peuvent évoluer simultanément sans s'influencer. Sur 32 cas il en note 20 où « la maladie évolue suivant le type commun de la forme ulcéro-caseuse aux lésions extensives sans aucun caractère particulier ».

La question reprend toute son acuité et fait l'objet de l'ordre du jour du Congrès de la tuberculose de Strasbourg en 1923. Les rapporteurs, le professeur Bezançon et Chevalley, s'élèvent contre le dogme de l'influence sclérosante de la syphilis. Ils concluent : « La question nous paraît rester ouverte; son étude précise est à notre sens d'ordre anatomo-pathologique et bactériologique... Rien ne nous permet de dire qu'il y a hybridité de lésions... ce qui est certain c'est que le bacille de Koch fait à lui seul de la fibrose comme il fait du caseum et qu'il n'a plus besoin du tréponème pour faire de la tuberculose fibreuse que du pneumocoque pour faire de la pneumonie caseuse ». Paul Chevallier estime que la tuberculose peut prendre dans certaines conditions le type aigu. Laederich se demande si la sclérose observée chez les tuberculeux syphilitiques, le plus souvent aux environs de la cinquantaine, n'est pas due en partie à l'âge.

Parmi les auteurs étrangers, Al. Nario, de l'Uruguay, qui étudie cette question sur plus de 5.000 tuberculeux conteste à la syphilis un rôle quelconque sur le processus tuberculeux. Les deux affections évolueraient indépendamment, l'action du traitement spécifique serait nulle.

Parmi tous ces contradicteurs, certains médecins tels que Mélamet, Sédillot et bien entendu les collaborateurs et élèves du professeur

Sergent maintiennent toujours leurs points de vues sur l'influence nettement sclérogène de la syphilis tertiaire sur la tuberculose.

Au terme de cet exposé sur les travaux publiés ou recherches pratiquées en France, il est impossible de conclure, sinon que plusieurs tendances s'affrontent et que les statistiques n'arrivent pas à concorder.

En Afrique du Nord, où la syphilis est d'une diffusion si grande et la tuberculose de plus en plus menaçante, les médecins en étudiant l'une et l'autre affection se sont préoccupés naturellement des rapports entre elles. Lemaire, d'Alger, dit en parlant de la tuberculose fibreuse chez les syphilitiques : « ces cas sont plutôt rares en comparaison des formes évolutives ». Levi-Valensi, dans une revue médicale consacrée à la tuberculose pulmonaire chez l'indigène musulman algérien, souscrit à cette opinion : « Les tuberculeux indigènes, dit-il en matière de conclusion, chez lesquels la proportion de syphilis est considérable, réalisent surtout des formes aiguës, et ce n'est qu'*exceptionnellement* que nous avons pu observer chez ces malades les aspects radiologiques de cette tuberculose fibro-calcaire qui caractérise si fréquemment pour Sergent la tuberculose des syphilitiques ».

Lacapère impute à l'hypotension artérielle habituellement observée chez l'indigène, la nécrose pulmonaire des tuberculeux syphilitiques.

En Tunisie, la littérature sur cette question est peu abondante et la plupart des phtysiologues et syphiligraphes semblent avoir admis jusque là les idées en cours. Il faut les travaux personnels de Broc, qui systématiquement recherche la syphilis chez ses malades tuberculeux, pour qu'un courant d'opinion se fasse contre le dogme de la fibrose. Ses conclusions, basées sur une expérience de la pathologie nord-africaine de plus de vingt ans, seront trouvées ici.

CHAPITRE I

Notions sur la syphilis chez les indigènes musulmans tunisiens

La syphilis chez les indigènes musulmans tunisiens est bien connue depuis les travaux de Broc, Jamain, Cassar en particulier. Elle ne

diffère en rien de la syphilis nord-africaine, et Lacapère, dans une vaste monographie consacrée à la syphilis arabe, en donne avec précision les principaux caractères.

Ce qui est particulier à la syphilis nord-africaine, c'est d'une part sa large diffusion, d'autre part la très grande fréquence des lésions cutanées et le peu d'affinité qu'a le tréponème pour les viscères.

Les statistiques, de Broc en particulier, ont démontré que 70 pour cent environ de la population était atteinte par la syphilis. Ceci s'explique en partie par le manque d'hygiène de l'indigène tunisien, la promiscuité dans laquelle vivent les différents éléments d'une même famille, la fréquence de la syphilis extra-génitale. Il est courant d'observer des jeunes de 10 à 12 ans syphilitisés, mais non hérédo-syphilitiques, vu la rareté du chancre génital. L'hérédo-syphilis est cependant encore très fréquente.

Aussi ces multiples facteurs, hérédo-syphilis ou syphilis contractée dès l'enfance, lésions surtout cutanées et insouciance de l'indigène pour les principes élémentaires de l'hygiène, et par ailleurs le peu de virulence de la syphilis, ces facteurs expliquent que la syphilis n'est le plus souvent découverte chez l'adulte qu'à la faveur d'une affection intercurrente qui le fera consulter. Il s'agit souvent alors d'une syphilis latente, humorale. Aussi la plupart de nos observations ont-elles trait à la tuberculose pulmonaire survenant au cours d'une syphilis tertiaire, et nous a-t-il fallu attendre plus de 18 mois pour avoir deux cas de tuberculose sur syphilis secondaire, et deux cas de syphilis sur tuberculose. (Nous avons pourtant suivi régulièrement les consultations du Dispensaire Antisyphilitique de Tunis qui draine plus de 10.000 syphilitiques par an).

Cette syphilis indigène se manifeste principalement par des lésions cutanées (gommes ou lésions secondaires-tertiaires), osseuses, nasopharyngées. Et parmi les viscères, le larynx est souvent atteint, cette lésion laryngée peut-être le point de départ d'une infestation tuberculeuse. On observe exceptionnellement des anévrysmes de l'aorte, des foies scléro-gommeux et l'on connaît par ailleurs la rareté, devenue classique du tabés et de la paralysie générale chez le musulman tunisien. Au point de vue nerveux, la réaction méningée de la syphilis secondaire est une réaction habituelle qui disparaît spontanément

dans 95 % des cas et les lésions nerveuses que l'on constate dans la syphilis tertiaire sont surtout des hémiplégies ou paraplégies type Erb.

« En somme la syphilis est, chez les indigènes, relativement bénigne, la rareté des complications viscérales, l'absence des lésions parasymphilitiques, l'action rapide du traitement font que le pronostic quoad vitam est excellent. Ce qui fait sa gravité, c'est la fréquence des lésions générales pharyngées et laryngées, qui provoquent très souvent, par suite de l'incurie des maladies, des lésions définitives et irrémédiables ». (René Broc, in *Annale des Maladies vénériennes*, 1909). Donc, dans la majorité des cas, chez l'indigène musulman tunisien, la tuberculose pulmonaire surviendra sur un terrain syphilitique vieilli et non traité ou insuffisamment traité.

CHAPITRE II

La tuberculose pulmonaire en Tunisie

Nous ne saurions aborder l'étude qui fait l'objet de cette thèse, sans faire un rapide exposé de la question de la tuberculose pulmonaire en Tunisie. Nous avons dit en un chapitre antérieur que la tuberculose pulmonaire y était récente. Elle semble être contemporaine en Algérie et en Tunisie de l'occupation française, ou tout au moins de l'apport d'éléments européens qui a suivi cette occupation.

La diffusion rapide de cette maladie neuve (70 à 80 pour cent des cuti-réactions sont positives) s'explique aisément lorsqu'on considère le terrain sur lequel elle évolue : la plupart des indigènes sont des sous-alimentés, en état de moindre résistance, et très souvent syphilitiques. *Nous avons vu que la sténose laryngée syphilitique créait une excellente porte d'entrée au bacille de Koch. Il semble qu'en regard les lésions tuberculeuses cutanées, osseuses ganglionnaires constituent une attirance, un « mordant » de la syphilis actuellement encore plus cutanée que viscérale.* D'où la fréquence de ces états mixtes de syphilo-scrofule.

D'une façon générale la tuberculose pulmonaire commune atteint l'individu plus précocement qu'en France. Il est courant de voir des

tuberculoses pulmonaires avancées chez des jeunes de moins de 15 ans. Peut-être doit-on mettre en cause la puberté qui est ici plus précoce. La tuberculose pulmonaire diffère encore de celle de la France en ce que les formes les plus couramment observées sont des formes sub-aiguës à marche rapide. Il semble que ces formes constituent des formes intermédiaires entre la tuberculose des nègres anergiques et la tuberculose commune de l'européen.

L'adolescent fait des formes rapides souvent granuliques ou broncho-pneumoniques ou encore ulcéro-caseuses mais à marche évolutive; l'adulte des formes ulcéro-caseuses mais graves, très rapidement bilatérales, à tendance nettement caseuse. Elles correspondent radiologiquement à des images de nodules broncho-pulmoniques, associées à des images pluri-cavitaires, en mie de pain, ou à des lobites très largement excavées.

La tuberculose fibreuse pure est par contre rare; les cas que nous avons trouvés ont toujours constitué pour nous une curiosité clinique, mises à part ces pleurésies de l'adolescence dont la tendance symphysaire est l'évolution habituelle. Masselot a étiqueté « faux-tuberculeux » ⁽¹⁾ ces cas de bronchie tenace sans aucun aspect radiologique anormal et pour lequel cet auteur se demande, sans conclure, si la syphilis ne peut être mise en cause. Nous discuterons ces cas dans un chapitre ultérieur.

Il est par ailleurs difficile de mettre sur le compte de la tuberculose fibreuse ces cas d'emphysème de bronchite et de sclérose de la cinquantaine que l'on observe assez couramment chez l'indigène. On ne peut ignorer cependant que ces maladies peuvent être les seules manifestations d'une tuberculose larvée. Encore faut-il mettre en évidence le bacille de Koch. Dans un but de systématisation des formes de la tuberculose pulmonaire en Tunisie, le docteur Broc et nous-même avons pratiqué chez tous ces types de malades des examens bacilloscopiques, et devant leur résultat négatif il nous a été malaisé de les faire entrer dans le cadre de la tuberculose. L'âge, l'hypertension jouent certainement, la tuberculose écartée, le principal rôle

(1) MASSELOT. Tuberculose et pseudo-tuberculose chez les militaires indigènes in *Tunisie médicale*, juin 1920.

dans la formation de ces pneumoapthies. Il s'y ajoute celui de la syphilis, très fréquente chez ces malades, par action directe ⁽²⁾ ou du fait de l'hypertension qu'elle entraîne.

En conclusion, retenons la fréquence de la tuberculose, maladie neuve, en Tunisie, sa gravité, son évolution vers des lésions caseuses, le petit nombre de cas de tuberculoses fibreuses, et, à l'opposé, le peu de virulence de la syphilis indigène, son vieillissement spontané.

CHAPITRE III

La syphilo-tuberculose pulmonaire chez l'indigène musulman tunisien

ÉTUDE CLINIQUE

La syphilo-tuberculose pulmonaire est une association morbide qui est loin d'être exceptionnelle; chez l'européen, elle se rencontrerait environ dans 8 à 10 pour cent des cas. Pour l'Afrique du Nord, où ces deux maladies sont si répandues, Lévi-Valensi donne comme statistique chez l'indigène musulman algérien 13,15 pour cent. Nous mêmes, qui avons étudié cette question chez l'indigène musulman tunisien exclusivement, avons trouvé des chiffres légèrement supérieurs, puisque sur 399 observations de tuberculose pulmonaire nous obtenons 53 syphilitiques, soit 13,78 pour cent. Ces statistiques comprennent à la fois le tuberculeux syphilitisé, et c'est le cas de loin le plus fréquent le syphilitique tuberculisé. Etant donné l'acuité du problème de la tuberculose en Tunisie, et ce pourcentage important d'association syphilitique, nous avons pensé que cette étude présentait ici un réel intérêt, tant du point de vue diagnostique que du point de vue thérapeutique, et sur ce dernier point nous nous sommes demandés, devant la carence de la thérapeutique de la tuberculose, si avec l'arsenal médicamenteux que nous possédons pour la syphilis nous pouvions influencer favorablement l'évolution de la tuberculose pulmonaire associée.

(2) Le rôle de la syphilis dans les scléroses pulmonaires étant encore très discuté, nous écrivons cette phrase avec toutes les réserves qu'elle comporte.

Nous pensons que ce chiffre de 15,78 pour cent ne correspond pas tout à fait à la réalité. Les auteurs tunisiens, et Broc en particulier, n'admettent-ils pas que 7 indigènes au moins sur 10 sont syphilitiques ? Quand on constate par ailleurs que la syphilis prédispose à la tuberculose, on est bien obligé de convenir qu'un très grand nombre de tuberculeux indigènes musulmans tunisiens sont syphilitiques.

L'étude de l'association de la syphilo-tuberculose au niveau du poumon comporte plusieurs chapitres que nous allons considérer successivement.

1° La syphilis atteint un tuberculeux

C'est le cas le moins fréquent, tant en France qu'ici même. Il est classique de dire que le tuberculeux devient rarement syphilitique, en raison des soucis d'hygiène qu'il prend pour ne pas aggraver son état tuberculeux. A ce facteur s'ajoute en Tunisie la précocité de l'atteinte syphilitique qui remonte souvent à la première enfance, le grand nombre d'hérédo-syphilis chez l'indigène. Aussi ces observations sont-elles exceptionnelles, nous même n'avons pu en recueillir que deux cas.

Il est unanime de reconnaître, et nous même nous le pensons, nous basant sur nos observations, que ce mode d'association est d'un pronostic sévère. La syphilis porte un coup de fouet à la tuberculose et son traitement en est très délicat. Toutefois, comme l'a bien fait observer le professeur Sergent, le pronostic dépend de deux facteurs : l'état du terrain tuberculeux préexistant, le degré de virulence de l'infection syphilitique. Aussi si la syphilis dépasse le cap de son évolution seconde et vieillit, la tuberculose pourrait évoluer par la suite comme la tuberculose des syphilitiques anciens, vers la fibrose, vers la guérison, dit encore Sergent.

Le degré de virulence de l'infection syphilitique est en partie facteur de la précocité du traitement employé, de la suffisance de ce traitement. Et pour conclure, toujours suivant le professeur Sergent, un tuberculeux pulmonaire dont l'état général est satisfaisant au moment de l'atteinte syphilitique, traité précocement et suffisamment, peut dépasser la période dangereuse de la syphilis secondaire. Il peut aboutir à la période tertiaire, période où les lésions tuberculeuses

s'accommodent au mieux avec celles de la syphilis, affection dont on connaît le pouvoir sclérogène.

C'est dans ces dernières conclusions que nous faisons des réserves, car ainsi que nous allons essayer de le montrer dans un paragraphe ultérieur, le tuberculeux indigène musulman tunisien réagit différemment à la période dite tertiaire de la syphilis, et sa tuberculose n'a aucune tendance à faire de la sclérose. Nous retiendrons seulement le caractère aggravatif d'une tuberculose associée à une syphilis récente, d'autant plus que l'indigène musulman tunisien fait en général, et mise à part toute infection intercurrente, des tuberculoses très évolutives ulcéro-caseuse et que la syphilis chez lui n'est pas ou est insuffisamment traitée.

Donc ces deux réserves à l'opinion classique apportée par le professeur Sergent, état du terrain tuberculeux préexistant, qualité de l'infection syphilitique surajoutée, n'entrent habituellement pas en ligne de compte chez nos malades.

2° La tuberculose atteint un syphilitique

Dans ce paragraphe, il convient de distinguer l'atteinte tuberculeuse au cours d'une syphilis récente et au cours d'une syphilis tardive.

La *première variété (tuberculose sur syphilis récente)* n'est pas d'observation fréquente chez l'indigène tunisien, étant donné, nous le répétons, la relative rareté de la syphilis secondaire chez l'adulte. Nous même n'avons pu recueillir que deux observations. Notre opinion, et c'est l'opinion classique, est que cette tuberculisation précoce conduit à une forme sévère de la tuberculose, rend délicate la conduite du traitement spécifique. Ces deux affections retentissent l'une sur l'autre et ont un pronostic sombre. La tuberculose prend le plus souvent le type de phtisie galopante, de granulie, ou ulcéro-caseux à lésions très nécrosantes. Il est malaisé aux malades de franchir ce cap de la syphilis évolutive.

La *deuxième variété, tuberculose sur syphilis tardive, tertiaire, vieillesse*, a été l'objet, nous l'avons vu, de discussions vives. Ce mode d'association constitue la majorité de nos observations. Contraire-

ment à l'opinion du professeur Sergent, nous n'avons pas rencontré un pourcentage très supérieur de tuberculose fibreuse chez des syphilitiques. Si nous nous en référons à une de nos statistiques nous obtenons :

Sur 265 tuberculeux, 21 formes fibreuses, soit 7,92 pour cent.

Sur 53 syphilitiques tertiaires, 5 formes fibreuses, soit 9,43 pour cent.

Ainsi, la tuberculose pulmonaire chez l'indigène musulman tunisien ne ferait pas plus de fibrose chez un syphilitique que chez un individu indemne de toute autre tare. Il semble, au contraire, que le tuberculeux pulmonaire syphilitique fait des formes de tuberculoses pulmonaires qui ne diffèrent en rien des tuberculoses pulmonaires habituellement observées. On ne peut préjuger du terrain syphilitique, en notant telle ou telle forme de tuberculose, ni cliniquement ni dans l'évolution de cette tuberculose.

La note dominante de la tuberculose pulmonaire en Tunisie et par extension en Afrique du Nord est qu'elle évolue comme une tuberculose grave, très souvent bilatérale, fébrile, à nécrose caseuse étendue. La grande majorité de nos observations de syphilitiques tertiaires, tuberculeux pulmonaires répond à ces cas là.

Au point de vue tuberculose, ce sont des formes fébriles, retentissant sur l'état général le plus souvent très altéré, peu hémoptoïque, mais très expectorante. Elles correspondent cliniquement à des formes sub-aiguës ou chroniques mais aux lésions avancées, radiologiquement à des images cavitaires ou pluri-cavitaires, en mie de pain ou en fromage de gruyère, avec un essainage de nodule broncho-pneumonique.

A l'autopsie les lésions sont toujours bilatérales, elles sont faites de cavités, de parenchyme caséifié, environné de lésions broncho-pneumoniques, quelquefois on constate tout un lobe atteint de pneumonie caseuse terminale. Nous n'avons jamais trouvé ces tuberculoses crétacées dont parle le professeur Sergent.

Au point de vue syphilis il s'agit le plus souvent de syphilis latente décelée uniquement par un examen sérologique, examen que nous avons pratiqué systématiquement chez tous nos tuberculeux; d'autres fois c'est une gomme cutanée, une ostéo-périostite, des douleurs

ostéocopes extrêmement fréquentes ici, une perforation vélo-palatine des cicatrices de syphilides tertiaires cutanées, qui nous ont aiguillé vers le diagnostic de syphilis; encore, dans ces cas, l'examen sérologique a-t-il été trouvé souvent négatif.

En conclusion, la majorité de nos observations comprend des tuberculoses pulmonaires graves, à tendance évolutive marquée, nécrosantes, survenues sur un terrain syphilitique le plus souvent latent, vieilli, très faiblement évolutif. Ce terrain syphilitique a été précisé par le professeur Sergent dans ses propres observations : « Une sorte d'état humoral procédant d'une syphilis ancienne et éteinte, transmissible à la descendance ».

Comment donc expliquer cette opposition entre la syphilo-tuberculose pulmonaire européenne et indigène ? Nous estimons, quant à nous, que ces différences constatées dans cette association morbide naissent de la différence de ses composants, autrement dit que la tuberculose et la syphilis n'étant pas pareilles en France et en Tunisie, leur association en est forcément différente ⁽¹⁾.

Nous avons vu que la tuberculose pulmonaire en Tunisie affecte une évolution le plus souvent sub-aiguë ou chronique mais évolutive, alors qu'en France la tuberculose prise à temps est fréquemment écourtée dans son évolution. Les oppositions de la syphilis indigène et européenne sont par ailleurs devenues classiques, et nous ne les rappellerons pas. Sergent estime que le facteur de fibrose pulmonaire chez le syphilitique est donné par la note sclérosante de la syphilis. La plupart de ses observations concernent des hypertendus, alors que l'indigène musulman syphilitique est le plus souvent un hypotendu. Citons, à ce propos, l'opinion de Lacapère : « La syphilis et la tuberculose créent de la nécrose chez les hypotendus, chez les hypertendus elles créent de la sclérose ».

Le professeur Sergent cite ses observations de malade syphilitique atteint de bronchite chronique, d'emphysème et chez lesquels on dé-

(1) Cette hypothèse ne vaudrait que si l'on admet la description de la syphilo-tuberculose pulmonaire du syphilitique tertiaire faite par le professeur Sergent. En fait, un séjour dans plusieurs services de phthisiologie de Paris nous donne la conviction que les cas étudiés par nous et ceux que nous avons pu observer à Paris ne présentent que des différences peu marquées. Il semble que la notion de la fibrose des tuberculeux syphilitiques n'est plus couramment admise.

couvre dans les crachats des bacilles de Koch. Nous inspirant d'un des axiomes formulés par cet auteur que dans toute tuberculose fibreuse il faut chercher la syphilis (on la trouvera, suivant le professeur Sergent, dans 70 pour cent des cas), nous nous sommes astreint à déceler ces mêmes cas. Or dans ces emphysèmes et bronchites chroniques dont l'indigène semble être atteint dans une proportion égale à celle des cas européens, si la syphilis a été mise souvent en cause, par contre la tuberculose n'a jamais pu être, dans aucun cas, étudiée par nous, affirmée.

Puisque « en pareil cas il faut faire la preuve de la tuberculose par la constation des bacilles de Koch dans les crachats », comme le conseille le professeur Sergent, nous avons pratiqué chez tous nos malades, à plusieurs reprises, des examens de crachats, après homogénéisation, après ingestion d'iodure de potassium. Ces examens de crachat faits régulièrement dans une période de un mois à deux mois ont tous été négatifs. Des inoculations au cobaye ont également toutes donné des réponses négatives. Les seuls cas étiquetés par nous tuberculose fibreuse ont été des observations de malades à bacilles de Koch positifs et chez qui les clichés radiologiques présentaient des traînées fibro-calcaires partant des hiles, et atteignant le plus souvent les sommets, une accentuation de la trame vasculo-bronchique, et ce qu'on a coutume d'appeler ici des hiles marqués, alors que chez ces malades étiquetés bronchite chronique et emphysème, chez qui la bacilloscopie était négative, l'examen radiologique ne montrait que des images normales ou une simple accentuation de la transparence pulmonaire ou de la trame vasculo-bronchique. Il nous était difficile de les dénommer tuberculose fibreuse en l'absence des seuls critères, l'examen bactériologique et l'inoculation au cobaye. Plusieurs malades avaient été suivis par nous pendant des mois.

3° La tuberculose atteint un hérédosyphilitique

C'est également une variété fréquente chez l'indigène, que l'hérédosyphilis soit récente, de première génération, et que l'hérédosyphilitique présente des stigmates indiscutables, front olympien, dent d'Hutchinson, tibia en lame de sabre, etc., ou que l'hérédosyphilis

date de plusieurs générations et que les signes en sont discrets; il s'agit alors, et les cas en sont plus nombreux, de syphilis traduite uniquement par le milieu humoral dont parle Sergent.

Dans ce mode d'association, il convient de distinguer la tuberculose contractée à la première enfance, de la tuberculose de l'adolescent ou de l'adulte hérédo-syphilitique.

Dans la première enfance, la tuberculose prend une allure aiguë ou sub-aiguë, son évolution est très souvent mortelle; la note syphilitique est donnée, comme l'a montré le professeur Hutinel, par la présence de cavernes, anormales chez le jeune tuberculeux indemne de toute autre tare. Nous avons ainsi dépisté dans nos consultations nombre d'hérédo-syphilis chez de jeunes enfants cavitaires. Il convient, en ces cas, d'instituer toujours un traitement spécifique même en l'absence de stigmates apparents. Le pronostic est celui de l'infection tuberculeuse, autrement dit très sombre.

Si l'association syphilis et tuberculose pulmonaire chez le jeune enfant ou le nourrisson indigène ne diffère en rien dans ses caractères cliniques de ce que l'on observe dans les autres pays, il en est autrement chez l'adolescent et l'adulte, tout au moins en regard des opinions classiques (Hutinel, Sergent, Nobécourt, Lereboullet). Là aussi, d'après celle-ci, le terrain syphilitique imprimerait à la tuberculose une évolution torpide, bénigne, à tendance fibreuse. Or le musulman tunisien adulte hérédo-syphilitique se trouve dans les mêmes conditions que le syphilitique tertiaire, et sa tuberculose est comme celle de ce dernier, grave et à tendance caseuse. L'hérédo-syphilis pas plus que la syphilis acquise, ne joue un rôle dans l'évolution de sa tuberculose.

CHAPITRE IV

Etude diagnostique

Nous avons vu les différents caractères cliniques et anatomo-pathologiques de l'association syphilis et tuberculose pulmonaire. Ses différentes variétés, syphilis sur tuberculose, tuberculose sur syphilis récente et tardive.

Le diagnostic de cette association est loin d'être toujours évident. Nous ne le discuterons point pour le mode syphilis sur tuberculose préexistante, il s'agit le plus souvent de syphilis récente secondaire et dont les signes sont nets. Les difficultés qu'elle soulève ne pourraient être que d'ordre thérapeutique; nous les envisageons en un chapitre ultérieur.

Lorsque la tuberculose atteint un syphilitique à la période secondaire, elle se manifeste dans les premiers mois de cette période, le plus souvent au cours d'une syphilis non traitée, laissée à elle-même, quelquefois maligne. Les symptômes en sont nets, c'est un malade qui maigrit, qui tousse, qui a de la fièvre et qui crache. D'autrefois une hémoptysie attire d'emblée l'attention. C'est d'autrefois encore un syphilitique qui maigrit et qui perd l'appétit; à un examen pulmonaire on perçoit quelques crépitations. Ces seuls symptômes suffiraient à faire un examen radiologique et des crachats. Quelquefois le tableau clinique est plus dramatique, et on a affaire non plus à une tuberculose ulcéro ou fibro-caseuse, mais à une phthisie galopante ou à une granulie.

Le diagnostic est seul malaisé, cliniquement s'entend, et dans le sens de dépistage de la tuberculose, lorsque les signes bronchiques sont prédominants. Les bronches, la trachée, sont en effet les organes de prédilection de l'appareil respiratoire du tréponème à la période seconde de la syphilis.

La trachéo-bronchite syphilitique précoce survient à la phase roséolique de la syphilis. Elle est aisée à reconnaître en raison des manifestations cutanées, encore qu'elle puisse simuler une tuberculose par son évolution trainante en l'absence de traitement, par la présence d'hémoptisie; la bacilloscopie négative, l'efficacité de la thérapeutique spécifique la font rapporter à sa véritable cause.

Par contre la *trachéo-bronchite tardive*, qui apparaît plusieurs mois après la roséole, peut simuler parfaitement une atteinte tuberculeuse du fait de la disparition des accidents cutanés qui rendaient relativement aisés le diagnostic de la trachéo-bronchite précoce.

En l'absence de traitement elle affecte une allure chronique, avec altération de l'état général, amaigrissement, fièvre, et évolue par

poussée, au cours desquelles peuvent apparaître des hémoptysies. Une telle symptomatologie pourrait faire penser au réveil d'une tuberculose restée latente jusque là. Seuls les examens bactériologiques pourraient l'écarter, examens bactériologiques que l'on répètera périodiquement, car ces accidents respiratoires de la syphilis secondaire peuvent favoriser, ne l'oublions pas, l'éclosion d'une tuberculose.

En fait on a peu souvent l'occasion de voir ces accidents, soit que la syphilis est découverte précocement et traitée, soit, et plus souvent, qu'en raison de leur bénignité relative l'indigène ne leur oppose qu'un traitement symptomatique.

Par contre l'association tuberculose pulmonaire sur syphilis tardive pose au médecin des problèmes diagnostiques difficiles, non pas tant quand il s'agit de distinguer une tuberculose pulmonaire grave de ce que l'on a appelé la broncho-pneumonie aiguë ou phtisie galopante syphilitique et la granulie pulmonaire syphilitique, manifestations de la syphilis tertiaire, qui discutées par les uns, présenteraient pour d'autres certains caractères spéciaux, diagnostic qui constitue, quoi qu'il en soit, une exception clinique, mais dans certains cas de pratique plus courante. Nous allons les envisager successivement :

1° La tuberculose est évidente, la syphilis à rechercher

C'est un axiome pour le professeur Sergent que toute tuberculose fibreuse doit faire immédiatement penser à la syphilis. La syphilis serait la grande génératrice des tuberculoses fibreuses. On la trouverait dans 70 pour cent des cas. Elle imprimerait à la tuberculose, en dehors de son allure clinique propre, des aspects radiologiques particuliers.

Les images de sclérose sont poussées à un maximum d'organisation.

« Il y a une véritable exubérance des tractus arborescents et des sectionnements secondaires. Et surtout le regard est immédiatement frappé par l'abondance des taches sombres très opaques, nodulaires, conglomérées, dans les régions para-hilaires et éparpillées tout le long des tractus en plein champ pulmonaire, comme des grains de

chapelet ou de raisin » (Sergent et Cottenot, in *Bulletin de l'Académie de Médecine*, 1^{er} mai 1923).

Cette tendance scléro-calcaire de la tuberculose fibreuse des syphilitiques n'est pas admise, nous l'avons vu, par tous les phthisiologues; nous même avons essayé de montrer, en des paragraphes précédents, que la tuberculose fibreuse est rare chez l'indigène chez qui la syphilis est cependant très fréquente. Il n'existe pas chez lui une forme de la tuberculose qui peut faire penser plus spécialement à la syphilis.

Nous n'avons pas remarqué dans l'évolution générale, ni dans les symptômes locaux, un signe particulier différenciant la tuberculose évoluant chez un syphilitique, des tuberculoses banales évoluant sur un autre terrain. Certains auteurs, le professeur Sergent, Mélamet, ont signalé la *fréquence des hémoptysies*. Nous ne pouvons pas donner des statistiques à ce sujet, mais notre impression est que les hémoptysies s'observent comme chez les européens, et pas plus fréquemment chez les musulmans syphilitiques que chez les tuberculeux indemnes de cette maladie. L'hémoptysie est un symptôme qui frappe l'indigène et qui, le sortant de son indifférence habituelle, l'amène à consulter le médecin. Il serait à souhaiter qu'elle soit plus fréquente, parce qu'elle permet de voir les malades plus tôt, et de les soigner alors que les lésions ne sont pas encore bilatérales. Les hémorragies foudroyantes par anévrismes, de Rasmussen, sont extrêmement rares. Le docteur Broc n'en a trouvé qu'un ou deux cas constatés à l'autopsie en une vingtaine d'années.

Un cas de tuberculose du lobe azygos, chez un alcoolique, s'est accompagné d'hémoptysies, formidables et répétées, à chaque intempérance du malade. D'autres causes, les influences atmosphériques, chute brusque de pression, saisons, ont très probablement une influence sur l'apparition des hémoptysies; on les voit souvent survenir en série sur plusieurs malades aussi bien européens que musulmans; le docteur Broc, après une observation de 2 ou 3 ans, pensait que les hémoptysies survenaient plus fréquemment en mars. Une observation étendue sur une plus longue période n'a pas confirmé cette opinion.

Tant de causes peuvent provoquer les hémoptysies qu'il est vraiment difficile de donner un rôle prédominant au terrain syphilitique.

2° La syphilis est manifeste, la tuberculose à rechercher

C'est le cas de syphilitiques tertiaires dont la syphilis est découverte cliniquement ou uniquement par la sérologie, et qui présentent des signes de pneumopathie chronique pouvant faire penser à la tuberculose, bronchite chronique, emphysème, sclérose pulmonaire.

Il est évident que chez l'homme âgé, il intervient dans la manifestation de ces pneumopathies chroniques le rôle de l'hypertension secondaire ou non au terrain syphilitique. Le problème est plus vif chez l'adulte jeune, non hypertendu. S'agit-il d'affection pulmonaire banale sur terrain syphilitique, de syphilis pulmonaire, ou de la tuberculose fibreuse larvée du syphilitique ?

Certes, il est très souvent difficile, dans une tuberculose fibreuse, torpide, de mettre en évidence le bacille de Koch. Les signes cliniques et radiologiques sont souvent réduits au minimum, et la conservation de l'état général concourt à donner à l'affection un aspect des plus banal.

Chez nos malades syphilitiques, touseurs de longue date, et qui présentaient un ensemble de symptômes qui pouvait faire penser à une tuberculose fibreuse, nous avons, chaque fois, tout mis en œuvre pour déceler une bacillose possible : observation clinique prolongée (attente d'une hémoptysie révélatrice), examens périodiques des crachats, homogénéisation, inoculation au cobaye. Jamais chez ces malades « douteux » nous n'avons pu faire la preuve de la tuberculose. Aussi croyons-nous pouvoir dire que, chez l'indigène musulman tunisien, pas plus que la tuberculose fibreuse n'est révélatrice de syphilis, la syphilis ne réalise des formes larvées de tuberculose.

S'agit-il alors, chez ces sujets au passé syphilitique chargé, de syphilis pulmonaire pure ou d'affection broncho-pulmonaire chronique banale, étiquetée bronchite chronique, sclérose pulmonaire du paludéen ? Répondre à cette question serait s'aventurer au delà des limites fixées par ce travail.

Quant à la *tuberculose de l'hérédosyphilitique*, nous rappelons que les *jeunes hérédosyphilitiques* faisaient, selon Hutinel, une forme spéciale de tuberculose pulmonaire; la présence des cavernes, peu habituelle à cet

âge, signerait l'association morbide, et autoriserait, même en l'absence de stigmates apparents, l'institution d'un traitement spécifique.

L'*hérédo-syphilitique âgé* indigène musulman ne fait pas, contrairement à ce qu'observe le professeur Sergent en France, une forme fibreuse. Sa tuberculose entre dans le cadre des tuberculoses des syphilitiques tertiaires, c'est-à-dire des tuberculoses communes et on ne peut penser à l'association que lorsque les stigmates d'hérédo-syphilis sont apparents, et les résultats des examens sérologiques positifs.

CHAPITRE V

Etude anatamo-pathologique

Ainsi, chez l'indigène musulman tunisien tuberculeux et syphilitique aucun argument, d'ordre clinique, ne permet de conclure, d'après nos observations, à l'action de la syphilis sur la tuberculose; l'épreuve thérapeutique est, nous le verrons, nulle, et il va sans dire la preuve bactériologique inexistante. L'anatomie pathologique peut-elle vérifier l'hybridité des lésions que la clinique ne perçoit pas ? C'est la question que se posent au Congrès de la Tuberculose de Strasbourg, Bezançon et Chevalley, qui estiment que la question de la syphilis-tuberculose pulmonaire ne peut être résolue du point de vue clinique et concluent que son étude est d'ordre anatomo-pathologique et bactériologique.

Les travaux histologiques sur cette association morbide sont en fait peu nombreux en France. Mis à part ceux du professeur Sergent, qui sont à l'origine de la notion de l'hybridité des lésions pulmonaires syphilitiques et tuberculeuses, il faut citer ceux de Léon Bernard, Bezançon, Huguenin, et en Algérie la publication de Montpellier, Lévi-Valensi, François et Laffargue.

Ce nombre de travaux relativement restreint s'explique aisément lorsqu'on considère que le problème de la syphilis pulmonaire seul n'est même pas encore résolu et que l'on ne sait pas encore d'une façon sûre si la syphilis est capable de réaliser au niveau du parenchyme pulmonaire des lésions qui permettent de l'authentifier. Cer-

tes, les gomme de l'adulte, la pneumonie blanche du nourrisson, ont depuis longtemps leur signature et personne ne conteste plus leur origine syphilitique. Mais hors ces cas, la réalité anatomique de la syphilis pulmonaire, celle qui répond aux cas étiquetés cliniquement sclérose pulmonaire syphilitique, bronchiectasie syphilitique, a été l'objet de controverses multiples.

Les premiers travaux ont été entrepris par Virchow, Cornil, Lancereaux. Tripier, Beriel, de Lyon, attirent l'attention sur l'origine syphilitique de la dilatation des bronches. Letulle et Sergent en particulier étudient les scléroses pulmonaires syphilitiques, Benda la bronchite chronique syphilitique.

Ces travaux comme les suivants n'arrivent d'ailleurs pas à conclure d'une manière ferme à la réalité anatomique de la syphilis pulmonaire. Il n'existe pas de lésions caractéristiques « spécifiques » de la syphilis pulmonaire, mais des lésions très diverses rencontrées plus constamment dans le poumon des syphilitiques ou relevant du pouvoir sclérogène de la syphilis.

Ce manque de netteté se retrouve dans les études qui ont été faites sur l'association syphilis tuberculose pulmonaire. Ici il ne s'agit pas « d'authentifier » mais de « discriminer », et il est souvent fort difficile de faire la part de ce qui revient à la syphilis et à la tuberculose.

Les auteurs n'y sont pas toujours arrivés et notre impression est que sur le terrain anatomo-pathologique, comme sur le terrain clinique, la question reste posée.

Notre étude ne porte que sur quatre cas et ce travail nous paraît insuffisant si M. le Docteur Anderson, Sous-Directeur de l'Institut Pasteur de Tunis, qui s'intéresse à cette question depuis plusieurs années, ne s'y était particulièrement attaché. En fait, c'est sur un plus grand nombre d'observations que portent nos conclusions générales.

Les pièces anatomiques proviennent :

1° D'un tuberculeux qui présentait un début de paraplégie d'Erb, et dont la syphilis remontait à dix ans. La sérologie était fortement positive.

2° D'un tuberculeux porteur d'une perforation palatine par gomme avec Wassermann négatif,

3° D'une syphilis scrofule, chez un malade de quinze ans, avec Wassermann faiblement positif et mort de tuberculose aiguë.

4° D'une hérédo-syphilitique âgée de 27 ans, dont le Wassermann était également légèrement positif.

Donc : Deux syphilis tertiaires (1 et 2).

Une syphilis acquise à l'enfance, ou peut-être une hérédo-syphilis (3).

Une hérédo-syphilis tardive (4).

Tous ces malades étaient morts des progrès de leur tuberculose pulmonaire, c'est dire que leur lésion était macroscopiquement du type caseux ou broncho-pneumonique.

Les poumons examinés présentaient comme caractères communs :

- l'étendue des lésions qui atteignaient les deux poumons;
- l'importance de la nécrose : grosses cavernes et cavernes multiples, en fromage de gruyère;
- l'étendue des lésions caseuses avec, dans l'observation 4, aspects de pneumonie caseuse typique;
- l'absence apparente de sclérose pulmonaire;
- la participation constante de l'atteinte des bronches : soit isolée et aspect de dilatation des bronches de moyen calibre, soit du type broncho-pneumonique et essaimage de nodules dans plusieurs lobes;
- la présence constante de symphyses pleurales étendues;
- il n'a jamais été trouvé de tubercules crétacés.

Au point de vue microscopique, voici les lésions que nous avons pu observer :

Les examens histologiques révèlent tous des lésions décrites classiquement comme des lésions tuberculeuses : ces images sont, dans l'ensemble, complexes, certaines prédominant sur telle ou telle coupe mais rendant impossible dans l'ensemble une classification systématique, même schématique. On peut dire néanmoins que d'une façon générale il s'agit de tuberculose ulcéro-caseuse et broncho-pulmonique.

Dans chaque cas le bacille de Koch est mis très facilement en évidence, le tréponème dans aucun. Dans un cas, l'alvéolite macrophagique est très marquée. Dans tous, les bronches participent à l'infection. Sur une coupe intéressant un fragment de bronche dilatée on

note l'existence d'altérations bronchiques, mais par trop discrètes cependant pour en faire état comme le voudrait Tripiet et son école qui voient dans la broncheectasie la signature de la syphilis et pour lesquels : « la tuberculose est incapable de donner lieu à la dilatation bronchique proprement dite, quel que soit le degré de sclérose qui accompagne la production tuberculeuse, s'il n'y a pas eu de syphilis antérieure ». Cette notion de la broncheectasie, indice de syphilis, a été révisée depuis, notamment, par Sergent, Léon Bernard, Dufourt.

De même nous n'avons pas observé ce retour à l'état cubique des revêtements alvéolaires qui fait partie du cortège anatomique de la syphilis pulmonaire (Roussy).

Par ailleurs, s'il semble vraiment établi qu'au sein du parenchyme pulmonaire l'association de spirochètes de Schaudinn et de B. K. produisent des altérations scléreuses, remarquables par la multiplicité, la diversité, l'étendue et la fréquente calcification de leurs foyers (Letulle), nous n'avons pas, quant à nous, à la suite de notre travail, la même impression ». Si nos observations, en effet, ont pu nous montrer des lésions de sclérose, celles-ci pouvaient être rapportées à la sclérose dite systématisée, classique, des auteurs (sans tendance toutefois à s'infiltrer de charbon), sans caractéristique propre et s'adaptant en tous points aux images histologiques où les auteurs sont d'accord pour voir la signature tuberculeuse pure et simple.

Telles sont les diverses lésions histologiques observées dans nos propres coupes. En regard des conclusions des auteurs algériens, Montpellier, Lévi-Valensi, François et Laffargue, nous ne pouvons nous résoudre à reconnaître avoir vu, pour autant que l'on veuille leur accorder une signification particulière :

1° *De la caséification d'emblée, non précédé du processus exsudatif habituel, frappant des zones sclérosées.*

2° *De la vascularite intense, oblitérante, en dehors des foyers exsudatifs et caseux.*

3° *Un délabrement des conduits aériens, tantôt béants à tendance ectasique, tantôt atrésiés avec hyperplasie végétante des parois, toutes lésions qui seraient plus spéciales au poumon syphilitico-tuber-*

culeux et que nous n'avons observé, pour notre part, que dans des proportions à peine dignes d'être relevées, d'ailleurs très variables suivant les coupes, et qui, de toute façon, ne peuvent, à notre avis, suffire à entraîner hors des conclusions classiques.

De même il nous est impossible d'admettre sur le vu de nos coupes :

— la *sclérose mutilante* (fortement mutilante disent les auteurs algériens);

— la *fréquence des zones de pneumonies interstisielles élastigènes ou anélastigènes avec étouffement des lumières alvéolaires et revêtement du type foétal*.

On voit les différences profondes qui nous séparent des auteurs algériens, quoique la tuberculose de l'indigène algérien et de l'indigène tunisien soit absolument identique. Il faut, à cet égard, souligner que les auteurs algériens, pour reconnaître l'existence de l'hybride tuberculo-syphilitique, se basent, pour employer leurs propres termes, sur « un ensemble de nuances » et on peut se demander si, dans leurs éléments diagnostiques, il n'intervient pas une question d'interprétation personnelle.

A la base des travaux des auteurs algériens sont les publications faites en France, et en particulier celles du professeur Sergent, qui sont à l'origine de la notion de l'hybridité lésionnelle. Si le professeur Sergent ne conteste pas *le manque de spécificité* des lésions observées au niveau de l'appareil broncho-pulmonaire des tuberculeux syphilitiques, il établit néanmoins que le processus de sclérose est tellement remarquable en ces cas là, les lésions constatées constituent de tels faisceaux de *présomptions* qu'elles permettent de reconnaître le rôle de la syphilis à l'origine de la fibrose des tuberculeux. Pour lui, l'histologie ne ferait d'ailleurs que confirmer l'observation clinique : l'hybridité serait un fait clinique et anatomique.

Cette opinion sépare Sergent des auteurs comme Letulle et Bezaucon pour qui l'anatomie pathologique seule pourrait faire valoir les caractères spéciaux de l'association tuberculose syphilis, à savoir : les lésions particulièrement mutilantes du tissu bronchique et péri-bronchique, l'importance de la sclérose inter-alvéolaire, la par-

ticipation vasculaire dans ces phénomènes hyperplasiques, l'existence de périartérite, la présence d'alvéolite végétante disposée en bordure des placards de sclérose mutilante.

Ainsi, sans affirmer d'une manière absolue la réalité de la syphilis pulmonaire, ces auteurs lui accorderaient néanmoins une place à part dans la pathologie de l'appareil respiratoire. Par contre, Léon Bernard nie toute influence spécifique de la syphilis sur les lésions tuberculeuses, sur le terrain anatomique comme sur le terrain clinique.

À la floraison des travaux cliniques qui ont suivi ces controverses, la place importante qu'ont prise les scléroses pulmonaires dans les diverses affections des voies respiratoires, les difficultés qu'ont éprouvés les auteurs à caractériser par des observations anatomiques précises les lésions de la syphilis pulmonaire, ont fait dire à l'un d'entre eux (De Jong) : « la syphilis broncho-pulmonaire ne mérite jusqu'à nouvel ordre, ni dans l'histoire anatomo-clinique de la syphilis, ni dans la pathologie des voies respiratoires, la place considérable que certains voudraient lui donner ».

Du point de vue anatomique pur, c'est une conclusion identique qui semble se dégager des travaux de Huguenin, Foulon et Albot. Ces auteurs, après une revue des principaux travaux relatifs à la sclérose pulmonaire, dite syphilitique, examinent une à une, dans leurs coupes de poumons, suspects de syphilo-tuberculose, les lésions qui passent pour être les plus en faveur de la syphilis; à la suite de leurs études ils trouvent « excessif de vouloir attribuer à certaines altérations de sclérose pulmonaire (lymphoplasmoses, artérite, mutilation de la paroi bronchique, hyperélastigénèse, topographie de la sclérose) une valeur telle qu'on en vient à échaffauder sur elle des diagnostics rétrospectifs ». Ils concluent : « il semble que certaines des lésions qu'on a volontiers regardées comme propres à la syphilis, peuvent être l'effet du bacille de Koch ». Dans la discussion qui a suivi cette communication (Société Anatomique de Paris, 9 janvier 1930), Delarue déclare que certains signes considérés comme spécifiques dans les scléroses pulmonaires syphilitiques peuvent être rencontrés dans la gangrène pulmonaire à forme sub-aiguë, et surtout chronique « ces faits, comme ceux qu'ont observés Huguenin, Foulon et Albot, me semblent plaider en faveur de cette thèse que les altérations

histologiques d'un organe donné sont souvent fort semblables, *quel que soit l'agent pathogène qui les déterminent* ».

Ainsi donc, notre étude qui a porté sur des poumons indubitablement tuberculeux, provenant d'individus dont la syphilis avait été minutieusement contrôlée cliniquement, a été menée en faisant état, lors de l'interprétation des lésions observées, des travaux publiés en France et en Algérie. Nous nous sommes particulièrement intéressés aux publications des auteurs algériens parce que leurs observations semblent avoir été faites dans les mêmes conditions que les nôtres, sur des sujets a priori analogues. Au moment de conclure nous sommes bien obligés de convenir que nos résultats diffèrent par plus d'un point des leurs et tendent à laisser entier, pour nous, le problème que tous ces auteurs n'ont d'ailleurs fait que poser. Au demeurant, il n'y a rien là qui doive surprendre, encore moins inquiéter; que l'on songe, en effet, aux interprétations discordantes qui, parfois déjà, sont l'apanage de faits positifs, patents. Comment s'étonner, dès lors, de divergences « d'impressions » lorsqu'il s'agit d'interpréter des « nuances » entre des « apparences » notées par des observateurs différents ?

TRAITEMENT

Un des intérêts de cette association syphilis et tuberculose pulmonaire réside dans l'efficacité de l'arsenal thérapeutique que nous possédons pour l'une au moins de ces affections. Et une première question qui se pose est de savoir si, en l'absence de traitement spécifique de la tuberculose, la tuberculose pulmonaire peut bénéficier de la mise en œuvre du traitement contre le terrain syphilitique sur lequel elle évolue. Répondre affirmativement à cette question serait évidemment souhaiter à tous nos tuberculeux pulmonaires des antécédents syphilitiques. Si l'on consulte la littérature métropolitaine on ne peut se faire une idée très précise sur l'efficacité ou non du traitement spécifique. Certains le considèrent comme inutile, et même dangereux; pour d'autres, il aggraverait l'état tuberculeux. Parmi les partisans du traitement, et ce sont les plus nombreux, citons les phthisiologues Léon Bernard, Dumarest, Melamet, Roque et le profes-

seur Sergent : « chez les tuberculeux syphilitiques, dit Sergent en guise de conclusion dans sa monographie « Syphilis et Tuberculose », le traitement spécifique non seulement guérit les manifestations actuelles de la syphilis, mais même améliore considérablement l'état général et les localisations de la tuberculose ».

Encore faut-il préciser dans ces questions d'ordre thérapeutique le degré d'infection de la syphilis.

Dans les cas de syphilis récente, il nous paraît, quant à nous, nécessaire de faire un traitement énergique, non pas tant pour amener « un vieillissement artificiel » de la syphilis, et créer ce facteur de sclérose, que nous n'observons pas dans la syphilis du musulman tunisien, mais pour atténuer les effets nocifs de ce « branle-bas » de la période secondaire.

Nous estimons que ce traitement doit être à la fois énergique et prudent, et utiliser le novarsénobenzol à dose modérée et répétée ou le cyanure de mercure. Pour ne pas être d'une efficacité absolue sur l'association morbide, étant donné les formes graves de tuberculose pulmonaire sur syphilis secondaire, ce traitement doit être toujours utilisé.

Dans les cas de syphilis tertiaire : Des trois médicaments étudiés, l'iodure, le mercure, l'arsenic, l'iodure est systématiquement rejeté par tous les auteurs en raison de son action congestive. Nous même ne l'avons employé que dans un but diagnostique, pour favoriser la sortie de bacilles de Koch dans l'expectoration et seulement à dose modérée et pendant un ou deux jours.

Le mercure est préconisé par le professeur Sergent en particulier, qui l'emploie sous forme de benzoate ou de biodure de mercure en injection intra-fessière (deux centigrammes par injection).

Par contre, Roque estime que le traitement mercuriel exclusif n'a jamais donné d'amélioration nette, et qu'il a même provoqué, par sa prolongation, des aggravations.

Pour cet auteur, pour Dumarest et pour Léon Bernard, ce serait le novar qui agirait le plus efficacement, bien qu'il soit dangereux à manier en raison de la déficience habituelle du foie chez les tubercu-

leux et de son action hémoptoïque. On l'utilisera à dose modérée et à injections espacées tout en surveillant l'état du foie par des épreuves de laboratoire répétées.

Pierre Bourgeois et L. Fischer préconisent l'emploi des sels de mercure ou de bismuth, et condamnent l'action des sels d'or dans les formes de tuberculose fibreuse peu évolutive, le plus souvent rencontrées par eux.

Quant à nous, dans nos observations, nous avons essayé tous les composants de l'arsenal thérapeutique que nous possédons contre la syphilis. Peu d'entre eux nous ont permis des conclusions fermes. L'indigène musulman est un être réfractaire aux traitements de longue durée, et le moins dont on puisse se plaindre est son « impatience ».

Ainsi beaucoup de traitements institués ne furent pas terminés. Nous possédons une dizaine d'observations complètes sur lesquelles notre opinion est ferme. Pour les autres nous ne pouvons qu'avoir une impression générale.

Il résulte pour nous de ces constatations que le traitement spécifique d'un indigène musulman tunisien tuberculeux et vieux syphilitique, est sans action sur l'évolution de la tuberculose, et dans certains cas dangereux.

Dangereux quant à l'iode et l'arsenic, chez ces malades aux formes habituellement sub-aiguës de la tuberculose et sujet aux hémoptysies, au foie déjà altéré, récemment par la tuberculose, depuis longtemps par le paludisme.

Inefficace quant à l'action du mercure et du bismuth. Une de nos observations est assez suggestive. Il s'agit d'un malade qui a séjourné dans notre service près d'un an. Il présentait, à son entrée, une infiltration presque complète de son poulmon droit avec une caverne à sa base. A gauche des opacités diffuses de la partie moyenne du parenchyme. Comme syphilis, un chancre de la verge, dix ans auparavant, dont on voyait la cicatrice, sans aucun autre stigmate clinique. Le Wassermann et le Hecht étaient + + +. Les épreuves de laboratoire ayant montré une fonction hépatique normale, l'état gé-

néral étant conservé, nous instituons un traitement névarsénobenzoïque, à dose espacée. A une injection de 0 gr. 60 il fait une hémoptysie assez inquiétante par son abondance et refuse la continuation de son traitement. Deux semaines après, on commence des injections de cyanure de mercure, 1 c.c. tous les deux jours. Deux séries complètes sont faites, après lesquelles on prescrit un repos d'un mois, le Wasserman étant négativé.

Une seconde radiographie montrait : aucun changement au niveau de son poumon droit, une accentuation des opacités diffuses du poumon gauche, atteignant la corticalité du poumon. Trois semaines après, le malade se plaint d'une violente douleur au côté gauche, sa respiration était faible et saccadée et l'on constate les signes d'un pneumothorax de la grande cavité.

Une fois les phénomènes dyspnéiques amendés on prescrit des sels de bismuth. Le malade meurt subitement deux mois après.

Cette observation est intéressante à rapporter parce qu'elle montre que malgré l'arsenal médicamenteux employé, la négativité du Wasserman, la tuberculose évolue indépendante. Elle montre aussi l'action nocive de l'arsenic.

Est-ce à dire que le pronostic reste aussi sombre, qu'il y ait syphilis ou non ? Nous pensons, en guise de conclusion, que dans les cas de syphilis tertiaire et de tuberculose pulmonaire, il faut envisager l'une et l'autre maladie et considérer la tuberculose comme indépendante, traiter la syphilis tout en retenant l'état tuberculeux, soigner le tuberculeux sans se soucier de la syphilis.

Nous estimons qu'il faut traiter la syphilis, parce que la syphilis est souvent la cause de l'état général misérable du musulman tunisien, et qu'en relevant son état général, on met vers lui un atout de plus pour lutter contre son infection bacillaire.

Le médicament le plus propice nous a paru le bismuth aux doses habituelles.

Quant à sa tuberculose, le traitement sera celui de toutes les tuberculoses pulmonaires, et nous n'envisageons pas ici les particularités de ce traitement, qui a fait l'objet de plusieurs publications dans la littérature tunisienne.

CONCLUSIONS

Arrivé au terme de notre exposé, il nous sera facile de conclure, préciser les particularités qu'offre la tuberculose pulmonaire de l'indigène musulman tunisien entachée de syphilis.

Au début de notre étude nous nous sommes demandé :

1° Si la syphilis avait une action favorable sur l'évolution de la tuberculose (une action neutralisante);

2° Si la syphilis avait une action défavorable (une action adjuvante);

3° Si la syphilis, au contraire, n'avait aucune action, si les deux affections évoluaient indépendamment l'une de l'autre.

La réponse à ces différents problèmes demandait une étude minutieuse, aussi bien sur le terrain clinique, qu'au point de vue anatomique et histo-pathologique. Notre internat à l'Hôpital Ernest Conseil de Tunis, nous a permis de voir plus d'un millier de tuberculeux indigènes, d'observer les caractères de la tuberculose indigène, de la comparer avec ce que nous avons observé en France, d'établir des statistiques. Pour ce faire, l'aide de notre maître, M. le Docteur Broc, nous a été extrêmement précieuse.

Nous appuyant sur son expérience clinique, et après une revue de nos propres observations, nous nous croyons autorisé à dire que l'association syphilis et tuberculose pulmonaire diffère par plus d'un point de ce qu'on constate communément en France.

Lorsque la syphilis est récente, ce qui est rare chez l'indigène tunisien, qu'elle soit primitive ou secondaire à la tuberculose, elle aggrave le processus tuberculeux (ce terme ne présuppose pas une action directe du tréponème sur les lésions pulmonaires tuberculeuses. Tout se passe comme si la syphilis agissait en tant qu'infection intercurrente). Que la syphilis soit traitée ou laissée à elle-même, l'association morbide n'a aucune tendance vers l'organisation des lésions tuberculeuses. Si la syphilis vieillit et passe le cap de son évolution secondaire, la tuberculose continue son processus, et affecte tout de même une allure grave, son évolution est celle des tuberculoses communément rencontrées.

Il en est de même lorsque la tuberculose survient sur une syphilis tardive, peu ou pas évolutive, comme c'est le cas de la plupart des syphilis indigènes, acquises ou héréditaires. Il semble ici aussi que la syphilis et la tuberculose évoluent indépendamment l'une de l'autre : en améliorant la syphilis, on ne modifie en rien l'évolution de la tuberculose pulmonaire.

L'*anatomie pathologique* ne montre pas l'hybridité lésionnelle qu'ont décrite certains auteurs en France, et en particulier le professeur Sergent.

Sur les coupes de tuberculeux pulmonaires syphilitiques, aucune lésion ne permet de conclure à l'action du tréponème, tant dans l'organisation scléreuse des lésions tuberculeuses (sclérose que nous avons pu trouver) que dans la formation de lésions spécifiques.

Que ces conclusions soient en contradiction avec ce qu'ont publié en France certains phthisiologues, ceci n'est pas pour nous étonner : les conditions dans lesquelles nous avons pu établir nos observations sont différentes. Il est manifeste que la syphilis et la tuberculose pulmonaire (et osseuse ou cutanée) présentent en Afrique du Nord des caractères spéciaux, bien connus des médecins nord-africains. La tuberculose est une affection récente en Tunisie, la syphilis, par contre, remonte à de très nombreuses générations ; transmise héréditairement, elle perd beaucoup de sa virulence ; acquise, ses manifestations en sont très souvent atténuées, et manquent de ce caractère de périodicité, habituellement observée dans la syphilis européenne.

Aussi nous a-t-il paru intéressant de comparer les résultats des travaux des auteurs algériens, et nos propres conclusions. Sur le terrain clinique, nos observations confirment en tous points l'opinion des auteurs algériens, Lemaire et Lévi-Valensi en particulier, pour qui la tuberculose fibreuse est exceptionnelle chez le syphilitique algérien. Sur le terrain anatomo-pathologique, par contre, bien des différences nous séparent. Montpellier admet, avec des restrictions il est vrai, l'existence de l'hybridité lésionnelle que nous n'avons pas retrouvée sur nos coupes. Nos propres recherches en ce sens confirment les résultats de nos observations cliniques, à savoir que le rôle

de la syphilis, pour ne pas être inexistant, il serait téméraire de l'affirmer, est très difficile à démontrer et que l'état actuel de nos connaissances sur le syphilis pulmonaire, bien controversée du point de vue anatomique, ne nous permet de reconnaître l'action du tréponème sur le poumon tuberculeux.

Pourquoi alors cette identité de vue dans l'observation clinique et ce désaccord dans l'anatomie-pathologique ? Nous avons l'impression que le problème pris par les algériens est un problème qui dépasse en quelque sorte l'observation isolée. Les « facteurs variables » sont si nombreux, les interprétations possibles si nombreuses également, car les certitudes de base manquent, que c'est le grand nombre d'observations qui permettra d'arriver peut-être un jour à des conclusions solides. Nous ne croyons pas qu'il intervienne ici une question de races (encore qu'il puisse y avoir des différences qui nous échappent entre le berbère tunisien et l'arabe algérien), la tuberculose des tunisiens et celle des algériens, il est admis depuis longtemps, étant absolument identiques dans leurs caractères évolutifs. Reconnaissons franchement que la question n'est pas aussi simple qu'elle paraissait l'être dès l'abord et si, sa trompeuse simplicité a pu nous séduire, avouons-le sincèrement sans pour cela nous en repentir et décourager les autres. Il convient, au contraire, que l'on revienne à la charge, maintenant que nous sommes forts d'épreuves diverses, fussent-elles même quelque peu contradictoires.

OBSERVATIONS

Nous donnons ici quelques observations de syphilis et de tuberculose pulmonaire qui nous paraissent les plus caractéristiques. Le choix que nous en avons fait est destiné à montrer chacun des aspects cliniques de cette association.

Syphilis sur tuberculose pulmonaire

A. bent H. S., 28 ans, est suivie par le dispensaire anti-tuberculeux de l'Hôpital Sadiki depuis le mois de janvier 1936. Elle présente une

tuberculose discrète, apyrétique, du type fibreux. L'état général est conservé. Le poids à 44 kgs.

Au niveau des régions sous-claviculaires on note des râles ronflants, et en arrière des deux côtés des râles sibilants et ronflants, en somme des signes de bronchite diffuse. La radiographie montre un empâtement hilair à droite, à gauche une accentuation du hile avec traînées broncho-vasculaires sillonnant le parenchyme, des taches et marbrures dans la région sous-claviculaire.

L'examen des crachats décèle des bacilles de Koch, seulement après homogénéisation.

Au mois de septembre de la même année, elle est vue au dispensaire anti-vénérien pour des plaques muqueuses de la lèvre inférieure avec adénopathie sous-mentonnière. Elle reçoit deux injections de novar, après lesquelles la malade disparaît du dispensaire.

Les signes pulmonaires se sont aggravés depuis peu. La fièvre est aux environs de 38,5 à 39°. Le poids baisse à 38 kgs. 800. La malade se plaint de dyspnée, de douleurs thoraciques passagères, de toux opiniâtre. L'expectoration est abondante et muco-purulente, émaillée d'hémoptysies.

On note des râles crépitants aux deux tiers supérieurs du poumon gauche, et à la radioscopie une infiltration du poumon gauche. La bacilloscopie est toujours positive.

Cette malade donc était atteinte d'une tuberculose torpide, apyrétique, avec bon état général; elle fait des accidents secondaires de syphilis, qu'elle ne soigne pas, et à la suite desquels sa tuberculose s'aggrave et prend le type caséeux.

Tuberculose sur syphilis récente

B. ben A. B., 34 ans, est vu au mois de juillet 1935 pour des syphilitides papulo-ulcéreuses du thorax et des membres supérieurs et pour une angine syphilitique. Le Wasserman sanguin est positif, ainsi que celui du liquide céphalo-rachidien retiré par ponction sous-occipitale.

C'est un homme bien portant, qui dit n'avoir jamais été malade et notamment n'avoir eu aucun antécédent pulmonaire. L'examen somatique complet ne montre rien d'anormal.

Il quitte le service, sur sa demande, après quelques injections de novarsénobenzol.

Nous le revoyons au mois de janvier de l'année suivante. Il tousse et crache depuis un mois, et trois jours avant son entrée dans le service, il fait une hémoptysie.

Depuis son dernier séjour à l'hôpital il n'a pas suivi de traitement spécifique.

On constate à l'examen des signes de tuberculose cavitaire très évolutive. On note par ailleurs, à la face et à la main droite, des papules syphilitiques que le malade dit être d'apparition récente. Le Wasserman sanguin est fortement positif.

Ainsi ce malade est vu, pour la première fois, avec des lésions cutanées de syphilis secondaire. Après quelques injections insuffisantes de novar, il ne poursuit pas son traitement. Indemne jusque là de toute lésion pulmonaire, il revient après 4 mois avec des signes d'une tuberculose cavitaire, grave, dont l'apparition coïncide avec une recrudescence de la virulence syphilitique.

Tuberculose sur Hérédo-syphilis

a) HÉRÉDO-SYPHILIS RÉCENTE

M. ben M. ben S., 6 ans, est vu par nous à la consultation de médecine de l'Hôpital Sadiki au mois de mai 1937. Son père, qui l'accompagne, nous déclare qu'il tousse depuis deux mois environ, qu'il présente des sueurs la nuit, avec fièvre vespérale, qu'il a beaucoup maigri, et manque d'appétit. La mère de cet enfant aurait été suivie pendant quelques mois au dispensaire anti-tuberculeux. Le jeune malade n'aurait jamais été d'une constitution parfaite.

Lorsque nous l'examinons, nous nous trouvons en présence d'un petit malade fatigué, dont l'état général est médiocre, fébricitant. On note un front olympien, une voûte palatine en ogive prononcée, des

dents crénelées et en tournevis. Au point de vue stéthacoustique on constate :

Dans l'aisselle gauche, de petits râles bulleux correspondant à une zone submate; dans la région sous-claviculaire droite du tympanisme s'étendant sur une hauteur de trois travers de doigt avec un gros souffle cavitare; à la base de gros râles bulleux.

Cette observation incomplète (nous n'avons pu décider le jeune malade et son père à entrer à l'hôpital) montre toutefois, chez un petit hérédosyphilitique, un syndrome cavitare avec des signes de condensation pulmonaire que l'on ne peut que rapporter à une tuberculose pulmonaire. L'état général médiocre, la fièvre continue jointe à ces signes de lésions étendues laissent supposer une forme grave de cette tuberculose, ulcéro-caseuse ou broncho-pneumonique.

b) HÉRÉDO-SYPHILIS TARDIVE

T. bent L., 26 ans, entre dans le pavillon des tuberculeux de l'Hôpital Ernest Conseil, le 15 janvier 1937. Elle tousse depuis 5 mois, et a fait, à plusieurs reprises, des hémoptysies. Son père serait mort de tuberculose. Elle même n'avait jamais été malade jusque là. Lorsqu'on l'examine pour la première fois, l'état général est médiocre, la fièvre est élevée, avec des oscillations de 37 à 39°5. L'expectoration est muco-purulente. Au point de vue pleuro-pulmonaire, on note à gauche : en arrière, à la partie moyenne, de gros râles bulleux avec souffle cavitare au centre et tympanisme; en avant, sur toute l'étendue de l'hémithorax, de très gros râles bulleux.

À droite, l'inspiration en arrière est rude et l'expiration légèrement soufflante; en avant, et dans l'aisselle, le thorax est submate et le siège de râles bulleux.

L'expectoration fourmille de bacilles de Koch.

Le cliché radiographique montre :

— à droite, des hiles marqués avec quelques signes de calcification périhilaire; une dissémination subnodulaire dans le reste du parenchyme;

— à gauche, un gros foyer périhilaire du type caseux, avec quelques images claires au centre, en fromage de gruyère.

Donc, une tuberculose ulcéro-caseuse et broncho-pneumonique, à marche rapide (3 mois), chez une malade qui présente par ailleurs : des tibiae en lame de sabre très prononcés, un souffle systolique de la base avec clangor, et la sérologie est très légèrement positive.

Wassermann : +.

Kahn : ++.

Hecht : +.

La malade meurt deux mois après son entrée à l'hôpital, des progrès de sa tuberculose. Elle avait reçu un traitement mixte : novar-bismuth.

A l'autopsie, on avait noté : une pneumonie caseuse du lobe supérieur droit, des lésions pluri-cavitaires à gauche, avec une dissémination nodulaire, broncho-pneumonique dans les deux poumons. Un examen histologique a été pratiqué par M. le Docteur Anderson, de l'Institut Pasteur de Tunis.

Tuberculose sur syphilis tertiaire

M. ben M. bou Dr., 39 ans. *Tuberculose* ulcéro-caseuse étendue aux deux tiers supérieurs du poumon gauche; image subnodulaire à droite. B. K. +.

Syphilis latente : W. + + +, K. + + +.

Hospitalisé un an, pendant lequel on institue un traitement spécifique complet : d'abord novar, qui provoque une hémoptysie, puis cyanure de mercure, à la suite desquels la sérologie devient négative. Par contre les lésions tuberculeuses s'étendent au côté droit et progressent du côté gauche. Nouveau traitement bismuthé; apparition d'un pneumothorax spontané à droite; mort. Autopsie : lésion cavi-taire et broncho-pneumonique.

S. ben S., 30 ans. Tuberculose ulcéro-caseuse étendue aux deux poumons, avec péritonite fibro-adhésive. B.K. +.

Signes de syphilis : perforation du palatin par gomme. Wasserman négatif.

Mort un mois après hospitalisation.

Autopsie : lésions cavitaires et broncho-pneumoniques. Péricardite. Péritonite fibro-adhésive.

Y. ben B. ben Ali, 24 ans. Broncho-pneumonie tuberculeuse. B.K. +. Syphilis latente : W. + + +, K. + + +. Mort.

L. ben M., 20 ans. Pneumothorax spontané gauche. B.K. : O. Syphilis : douleurs ostéocopes et ostéo-périostite du tibia gauche. Amélioration en quelques jours après iodure de potassium. W. : O.

M. bent M. Tr., 12 ans. Tuberculose ulcéro-caseuse et broncho-pneumonique. B.K. +.

Syphilis latente : W. + +. K. + + +.

Traitement inefficace. Aggravation progressive.

K. ben Hadj A., 40 ans. Tuberculose fibreuse du sommet droit. Tramite. Scissurite. B.K. +.

Syphilis latente : W. : O, K. : + +, H. : O, et après rectivation : W. : + + +, K. : + + +, H. : +.

H. b. Br., 45 ans. Lobite supérieure droite et scissurite. Lésions broncho-pneumoniques à gauche. B.K. : +.

Chancre de la lèvre 17 ans auparavant. W. : + + +, H. : + + +, K. : + + +.

J. ben B., 30 ans. Très grosse caverne du sommet gauche. Images floconneuses à droite. Mauvais état général.

W. : O; après rectivation : W. : + + +, K. : + + +. Traitement par novar, puis bismuth. Aggravation.

A. ben M. ben B., 25 ans. Tuberculose fibreuse, hémoptoïque.

Syphilis latente : W. : + + +, K. : + + +. Traitement par le bismuth. Hospitalisation cinq mois; hémoptysie à répétitions. A la sortie du malade : W : +, K. : O.

M. ben M. ben Abd., 55 ans. Broncho-pneumonie tuberculeuse. Chancre 20 ans auparavant; syphilis, soignée imparfaitement. Pas de signes cliniques de syphilis : W. : + +, K. : + + +. Mort.

BIBLIOGRAPHIE

BROC R., BIECHER et M^{me} DUPLÉNNE. — La tuberculose à la consultation de l'Hôpital Sadiki pendant les années 1922 et 1926, in *Tunisie Médicale*, juin 1927.

BROC René. — Méningite latente et syphilis nerveuse, in *Tunisie Médicale* (6 octobre 1921).

- BROC René. — Note sur la syphilis viscérale chez le musulman tunisien, in *Tunisie Médicale* (mars-avril 1934).
- BROC René. — La syphilis chez les indigènes musulmans de Tunis, in *Annales des maladies vénériennes*, 1909.
- BOURGEOIS P. et FISCHER L. — La syphilis chez les tuberculeux pulmonaires. *Presse Médicale* (14 décembre 1935).
- BAUER F. — Syphilis et tuberculose (*Bruxelles Méd.*, N° 28, 13 mai 1934).
- BRETON André. — Syphilis et tuberculose (*Echo Méd. du Nord*, N° 52, 30 décembre 1934).
- BERNARD Léon. — Rapports de la tuberculose et de la syphilis du poulmon (*Revue de la Tuberculose*, 1923, p. 536).
- BEZANÇON et CHEVALLEY. — Rapport du Congrès de la Tuberculose de Strasbourg, 1933.
- CHEVALLIER P. — La tuberculose acquise des syphilitiques (*Jour. de Médecine et de Chir.*, t. CII, 10 août 1931).
- CORDIER. — La chrysothérapie chez les tuberculeux syphilitiques (*Lyon Méd.*, N° 148, pp. 774-776, 27 décembre 1931).
- CHABBERT. — La valeur séméiologique de la tuberculose fibreuse dans la recherche de la syphilis.
- DE JONG. — La syphilis broncho-pulmonaire, in *Annales d'anatomie pathologique et d'anatomie normale médico-chirurgicale*, mars 1926.
- DUFORT André et MARTIN Pierre-Etienne. — Tuberculose pulmonaire et dilatation des bronches, in *Revue générale de Médecine et Chirurgie de l'Afrique du Nord et des Colonies françaises*, 1^{er} juillet 1935.
- DECHAUME J. — La granulie pulmonaire syphilitique (*Arch. Méd. Chir. de l'App. respiratoire*, N° 5, pp. 127-154, 1930).
- DECONINCK. — Contribution à l'étude de la tuberculose pulmonaire fibreuse dans ses rapports avec la syphilis (*Thèse de Paris*, 1924, in-8°, N° 512).
- DEUMIE. — Sur quelques formes rares de pneumopathies syphilitiques simulant la tuberculose (*Thèse de Toulouse*, 1924).
- GALLIOT. — La syphilis chez les tuberculeux (*Bull. et Mém. Soc. de Méd. de Paris*, N° 8, pp. 201-204, 1929).
- GENEVRIER. — Syphilis et tuberculose chez l'enfant (*Bull. Méd.*, 1923, p. 393).

- HUGUENIN, FOULON et ALBOT Guy. — Les difficultés du diagnostic des sclé-
roses pulmonaires, tuberculeuses et syphilitiques, in *Annales d'anato-
mie pathologique et d'anatomie normale médico-chirurgicale*, janvier
1930.
- HARVIER P. — La syphilis pulmonaire, in *Nouveau traité de médecine*, de
ROGER et WIDAL, tome XI. Les scléroses pulmonaires, même tome.
- KULLMAN et OLBRECHTS. — Syphilis et tuberculose (*Le Scalpel*, N° 48, 2 dé-
cembre 1933).
- LACAPÈRE. — La syphilis arabe, Doin, éditeur.
- LAVALT Anne. — Un an de consultation spécialisée pour la tuberculose à
l'Hôpital Sadiki, ses résultats, ses indications, in *Tunisie Médicale* (juin
1920).
- LETULLE. — Syphilis pulmonaire, in *Bulletin de l'Académie de Médecine* (17
avril 1923).
- LÉVI-VALENSI. — La tuberculose pulmonaire chez l'indigène musulman algé-
rien (adultes), in *Algérie Médicale* (juin 1933).
- LAFONT J. — Le traitement de la syphilis chez les tuberculeux (*Les Sciences
Médicales*, 15 février 1932).
- LE MER et CHAUZY. — Indigènes tunisiens et diphtérie. *Archives de l'Institut
Pasteur de Tunis*, avril 1933.
- LEREBOULLET. — Hérédo-syphilis et tuberculose (*Progrès Médical*, 1923,
p. 279).
- LIBEROPULO. — Sur un cas de tuberculose-pulmonaire associé à la syphilis
amélioré sensiblement après le traitement anti-syphilitique (*Paris Mé-
dical*, N° 44, octobre 1926).
- LAEDERICH et WEIL SPIRE. — Phtisie galopante au cours d'une syphilis ré-
cente (*Soc. Méd. d. Hôp. de Paris*, 4 juin 1926).
- MASSELOT F. et BLOCH E. — La tuberculose et la lutte anti-tuberculeuse en
Tunisie, in *Tunisie Médicale*, avril 1935.
- MASSELOT F. — Tuberculose et pseudo-tuberculose chez les militaires indi-
gènes, in *Tunis Médical*, juin 1920.
- MONTPELLIER, LÉVI-VALENSI, FRANÇOIS et LAFFARGUE. — Les formes anatomi-
ques de la tuberculose pulmonaire chez l'indigène algérien musulman,
in *Algérie Médicale*, août 1933.

- MAGUIBINE G. — Tuberculose pulmonaire et syphilis (*Ann. des Mal. vénériennes*, XXIII, 1928, p. 540).
- MELAMET. — Tuberculose pulmonaire et syphilis (*Bull. Soc. Méd. de Par.*, N° 2, 28 janvier 1922, p. 47).
- MELAMET. — Poussée aiguë au cours d'une syphilis tuberculeuse du poumon jugulée par le mercure (*Bull. de la Soc. de Méd.*, N° 14, 31 octobre 1925, p. 455).
- MELAMET. — Syphilis tuberculose du poumon et son traitement (*Bull. et Mém. Soc. Méd.*, N° 16, 27 novembre 1926, p. 530).
- MIRANDE. — Considérations thérapeutiques sur l'association syphilo-tuberculeuse au niveau des poumons (*Bull. Soc. de Thérap.*, 1924, p. 278).
- MIRANDE A. — Considérations thérapeutiques dans l'association syphilo-tuberculeuse au niveau du poumon (*Hôpital*, 1925, p. 103).
- MOLINERY. — Syphilitiques et tuberculeux (*Concours Médical*, 1922, p. 792).
- MORHARDT. — La syphilis chez les tuberculeux pulmonaires (*Vie Médicale*, N° 2, 25 janvier 1928).
- NARIO. — Syphilis et tuberculose (*Revista Medica latino-americana*, t. XIX, 1933, pp. 240 à 290, 28 radios), in *Office Intern. d'Hygiène publ.*, N° 9, t. XXVI, sept. 1934).
- NARIO. — Syphilis et tuberculose (*Rev. Méd. lat. amer.*, déc. 1933, in *Arch. Méd. Chir. de l'App. resp.*, N° 6, 1934).
- NOBECOURT. — Syphilis congénitale et tuberculose chez les enfants (*Journ. des Praticiens*, XXXVIII, 1924, pp. 68-85).
- PETIT G. — Syphilis et tuberculose (*Courrier Médical*, LXXVI, 1926, p. 113).
- ROQUE. — Syphilis et tuberculose pulmonaire, difficulté du traitement (*Lyon Médical*, 1923, p. 635).
- SERGENT. — Quelques aphorismes sur l'association syphilis et tuberculose (*Clinique et laboratoire*, N° 9, 20 novembre 1933).
- SERGENT. — Syphilis et tuberculose pulmonaire (*Clinique et laboratoire*, 20 juillet 1923, p. 137, ou 1933).
- SERGENT. — Syphilis et tuberculose pulmonaire fibro-calcaire (*Rev. de Méd. Rosario*, 1926, pp. 112-119).
- SERGENT. — Syphilis et Tuberculose, Masson, éditeur, 1907.

SERGEANT E. — Un cas de tuberculose pulmonaire chez un ancien syphilitique (*Journ. des Prat.*, N° 27, 5 juillet 1930, p. 433).

SERGEANT et COTTENOT. — Syphilis et tuberculose fibreuse (*Bull. Acad. de Méd.*, 1923, p. 485).

SOREL. — Tuberculose et syphilis (*Concours Médical*, 6 février 1927, pp. 325-327).

VALOIS. — De l'influence du terrain syphilitique sur la genèse des laryngites tuberculeuses (*Thèse de Paris*, 1923, N° 172).

VERNES A., BRICQ et GAGER. — Syphilis et tuberculose (*C. R. Soc. de Biol.*, t. XCIII, 1925, p. 1425).

VU, BON A IMPRIMER :

Le Président de la Thèse,

F. BEZANÇON.

Vu :

Le Doyen de la Faculté,

ROUSSY.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :

Le Recteur de l'Académie de Paris,

S. CHARLÉTY.

